

Анкета пацієнта

Прізвище: _____ Ім'я: _____
 Дата народження: _____ Громадянство: _____
 Країна/місто походження: _____
 Знання мов: _____

Тільки для неповнолітніх Законний опікун

Прізвище: _____ Ім'я: _____
 Дата народження: _____ Громадянство: _____

Контактні дані

Номер телефону / мобільного: _____
 E-Mail: _____
 Поточна адреса (вул./№/місто): _____
 Тел. перекладача / інтерпретатора _____

Будь ласка, відповідайте на питання про здоров'я якомога точніше!

Дані підлягають лікарській таємниці і обробляються строго конфіденційно.

Хвороби серця та судин	☐ так	☐ ні
Порушення згортання крові	☐ так	☐ ні
Епілесія (напади)	☐ так	☐ ні
Астма / хвороби легень	☐ так	☐ ні
Непритомність	☐ так	☐ ні
Цукровий діабет	☐ так	☐ ні
Хвороби печінки / Гепатит	☐ так	☐ ні
Хвороби нирок	☐ так	☐ ні
Ревматизм / Артрит	☐ так	☐ ні
Хвороби щитовидної залози	☐ так	☐ ні
Туберкульоз	☐ так	☐ ні
ВІЛ-інфекція / СНІД	☐ так	☐ ні
Інф. захворювання (напр. MRSA)	☐ так	☐ ні
Наркотична залежність	☐ так	☐ ні
Курець/ка	☐ так	☐ ні

Ви вагітні? ☐ так ☐ ні
 Якщо так, який місяць? місяць

Інші захворювання: ☐ так ☐ ні

Алергії та непереносимість:

Місцева анестезія / уколи ☐ так ☐ ні
 Антибіотики ☐ так ☐ ні
 Знеболювальні ☐ так ☐ ні
 Інше: _____

Чи робилися Вам рентгенівські знімки зубів? ☐ так ☐ ні

Якщо так, коли? _____

Чи маєте Ви труднощі з жуванням через відсутність зубів? ☐ так ☐ ні

Чи зверталися Ви до терапевта? ☐ так ☐ ні

Якщо так, до якого лікаря? _____

Які ліки Ви приймаєте регулярно або зараз? _____ 3 _____

_____ 3 _____

_____ 3 _____

_____, дата _____ Підпис: _____